José Ozildo dos Santos
Rosélia Maria de Sousa Santos
(Organizadores)

Saúde Pública em Debate

GEASE - 2026
Campina Grande - PB

Saúde Pública em Debate

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Patrício Borges Maracajá - UFCG
Profª. Dra. Tatiana Cristina Vasconcelos - UEPB
Prof. Me. Ennio Artur Aires Porto Ferreira - FIP
Profª Dra. Aline Carla de Medeiros - UFCG
Prof. Me. José Ozildo dos Santos - IFPB
Prof. Dr. José Givaldo de Sousa - UNIP/UNIFIP
Profª. Me. Danielly Carneiro de Azevedo - UFCG
Prof. Dr. Fernando Kidelmar Dantas de Oliveira - UFCG
Prof. Dr. Jakson Luís Galdino Dourado - UNIFIP
Profª Dr. Alecksandra Vieira de Lacerda - UFCG
Profª Dr. Silvia Regina Gobbo Rodrigues - UnB
Profª. Dr. Juliana Roriz Aarestrup - IFMT
Profª. Dr. Marisa Artmann – IFMT
Prof. Me. Ênnyo José Barros de Araújo - FRCG
Profª. Ma. Samara Campos de Assis - FIP
Profª. Dra. Rosângela Vieira Freire – IFCE
Profª. Ma. Eriana Serpa Barreto - UFMT
Profª. Ma. Rosélia Maria de Sousa Santos – FRCG

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER

S237s
Santos, José Ozildo dos (Org.). **Saúde Pública em debate.** / José Ozildo dos Santos; Rosélia Maria de Sousa Santos.Campina Grande-PB: GEASE, 2026**.**

92 p.
Livro digital
ISBN: 978-65-01-92040-5
1. Sistema de Único de Saúde. 2. Saúde Pública.
3. Debates. I. Título. II. Autor.

CDU: 614

Francisco das Chagas Leite, Bibliotecário. CRB - 15/0076
Índices para catálogo sistemático:
1. Saúde pública: Brasil 614.

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não
é se não uma gota de água no mar. Mas o mar
seria menor se lhe faltasse uma gota.

Madre Teresa de Calcutá

Sumário

Apresentação **9**

Capítulo 1 **13**
A saúde enquanto direito constitucional
Rosélia Maria de Sousa Santos
Juliano Ferreira Rodrigues
Rennan Cássio Maia Oliveira
Cláudia Carneiro de Azevedo
Matheus Henrique Souza Mercês
Jarlan Ferreira Diniz
Alexandre Lutfi Lira de Abrantes
Maria Carmélia Almeida Neta

Capítulo 2 **29**
O processo de construção do SUS
José Ozildo dos Santos
Vanessa Miranda da Silva
Karla Geanne dos Santos Araújo Marques
Cláudia Carneiro de Azevedo
Matheus Henrique Souza Mercês
Danielly Carneiro de Azevedo
Juliano Ferreira Rodrigues
Camila Maria Carneiro Campos

Capítulo 3 **45**
A importância do acolhimento na promoção do atendimento humanizado na saúde pública

Rosélia Maria de Sousa Santos
Danielly Carneiro de Azevedo
Matheus Henrique Souza Mercês
Vanessa Miranda da Silva
Camila Maria Carneiro Campos
Cláudia Carneiro de Azevedo
Jarlan Ferreira Diniz
Alexandre Lutfi Lira de Abrantes

Capítulo 4 **61**
Atenção Primária à Saúde: Porta de entrada dos usuários no SUS
Rosélia Maria de Sousa Santos
Rennan Cássio Maia Oliveira
Matheus Henrique Souza Mercês
Karla Geanne dos Santos Araújo Marques
Cláudia Carneiro de Azevedo
Jarlan Ferreira Diniz
Alexandre Lutfi Lira de Abrantes
Maria Carmélia Almeida Neta

Capítulo 5 **77**
Judicialização da saúde
José Ozildo dos Santos
Camila Maria Carneiro Campos
Matheus Henrique Souza Mercês
Rennan Cássio Maia Oliveira
Maria Carmélia Almeida Neta
Danielly Carneiro de Azevedo
Juliano Ferreira Rodrigues
Vanessa Miranda da Silva

Apresentação

Rosélia Maria de Sousa Santos
Psicóloga e Professora Universitária

No Brasil, a Saúde Pública é sempre um tema atual, permeado por muitas questões complexas, passíveis de profundas apreciações. No entanto, apesar da existência de uma verdadeira gama de questões, existe também um saldo positivo constituído por uma série de conquistas que merece ser apresentado.

A contribuição do Sistema Único de Saúde ao enfrentamento da pandemia da Covid-19 é um dos grandes pontos positivos que pode ser apresentado. Aliás, trata-se de um trabalho eficiente que teve reconhecimento internacional.

Superados os momentos críticos da pandemia da Covid-19, os problemas do SUS veem se revelando com maior evidência. E é hora da sociedade assumir o compromisso com o futuro do SUS, objetivando garantir a saúde de todos os brasileiros.

A defesa e a valorização do Sistema Único de Saúde é algo patente. Contudo, o indivíduo torna-se capaz de dar uma melhor contribuição a esse processo [que deve ser contínuo], quando conhece alguns pontos da história da Saúde Pública no Brasil; quando compreende que o atual Sistema Único de Saúde é uma conquista popular, resultado de uma grande mobilização social, que se desencadeou no final da década de

1970, época em que o Brasil vivia os horrores da ditadura militar e encontrava-se também mergulhado em uma grande crise econômica.

A significância histórica da 8ª Conferência Nacional de Saúde deve ser sempre lembrada, pois ela foi fruto do amadurecimento político da sociedade brasileira. Ao acolher o entendimento de que **a saúde é um direito humano** na mais completa expressão da palavra, a referida Conferência também aprovou vários instrumentos, que serviram como bases norteadoras ao processo de construção do SUS.

Dentre os inúmeros temas existentes e relacionados à Saúde Pública no Brasil, foram selecionados cinco para apresentação e discussão nesta produção acadêmica. Inicialmente, é abordando '**a saúde enquanto direito constitucional**', oportunidade em que se comentam os instrumentos internacionais que consideram a saúde como um direito humano. E, seguidamente, a Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como direito de todos.

Seguidamente, aborda-se **'o processo de construção do SUS'** e **'a importância do acolhimento na promoção do atendimento humanizado na saúde pública**'. Houve também a preocupação de apresentar a Atenção Primária à Saúde como sendo a porta de entrada dos usuários no SUS, antes de se discutir alguns pontos relacionados à judicialização da saúde.

Não se trata de um trabalho completo. Até porque é fruto da produção humana. Contudo, trata-se de algo que serve ao que foi projetado: contribuir com as discussões relacionadas à saúde pública no Brasil.

Fica, pois, o convite à sua leitura!

Saúde Pública em Debate

1

Capítulo

A saúde enquanto direito constitucional

Rosélia Maria de Sousa Santos
Juliano Ferreira Rodrigues
Rennan Cássio Maia Oliveira
Cláudia Carneiro de Azevedo
Matheus Henrique Souza Mercês
Jarlan Ferreira Diniz
Alexandre Lutfi Lira de Abrantes
Maria Carmélia Almeida Neta

Introdução

O homem, ao longo de seu processo de evolução tem desenvolvido grandes esforços no sentido de conquistar e de preservar direitos, entre os quais se inclui o direito à saúde, que, constitui-se o principal direito social fundamentalmente relacionado à dignidade da pessoa humana (SARLET, 2002).

Enquanto direito humano, o direito à saúde é fruto de um grande percurso histórico, ao longo do qual deixou-se de lado a abordagem que via a saúde como sendo a ausência de doença e passou-se a vê-la como algo que também comporta as dimensões econômicas, sociais e políticas.

Assim, distanciando-se da antiga concepção mecanicista de saúde, atualmente privilegia-se a compreensão da saúde como bem-estar, na forma reconhecida em 1946 pela Organização Mundial da Saúde (BARCELLOS; BIBINOTTO, 2020).

De acordo com Oliveira (2022, p. 211):

> A afirmação do direito à saúde na ordem internacional e em vários ordenamentos jurídicos é uma importante conquista civilizacional: marca a mudança de compreensão sobre o bem saúde, cuja relevância deixa de ser puramente individual e passa a receber atenção da coletividade. Ao assumir a saúde como direito fundamental, impõem-se ao Estado deveres correlatos de respeito, proteção e realização de medidas que melhorem a saúde das pessoas e reduzam as desigualdades.

Hoje, o direito à saúde encontra-se reconhecido tanto no contexto internacional, quanto no âmbito do Estado brasileiro, graças, principalmente, aos instrumentos internacionais, chancelados pela ONU e voltados à proteção dos direitos humanos. No caso específico do Brasil, tal direito é garantido na Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988.

No presente estudo, promove-se uma reflexão sobre o conceito internacional de direito à saúde, apresentando-o como

direito à vida, para, em seguida, abordar a saúde enquanto direito constitucional no Brasil.

Saúde e direito à vida

A Segunda Guerra Mundial deixou o mundo mergulhado em uma grande crise humanitária. Foi nesse cenário que a saúde apareceu pela primeira vez figurando como um direito humano fundamental, graças aos esforços promovidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Informam Goulart e Chiari (2010, p. 256) que "em 1946, a ONU proclamou sua constituição, mencionando em nível internacional, pela primeira vez, a saúde como direito humano, corroborado posteriormente a partir da proclamação da Declaração dos Direitos Humanos em 1948".

Ainda em 1946, a OMS também divulgou a sua Constituição, afirmando que "gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social" (OMS *apud* OLIVEIRA, 2022, p. 198).

Depois dessas iniciativas - que divulgaram um conceito abrangente de saúde, contemplando as dimensões biológica, psíquica e social - vários eventos de âmbito internacional foram realizados com o objetivo de promover a saúde enquanto direito humano, enquanto direito à vida. Nas últimas sete décadas esses esforços veem se multiplicando,

objetivando proporcionar a muitos, melhores condições de vida.

Ainda segundo Goulart e Chiari (2010, p. 256), "a partir da década de noventa, vários países membros da OMS assinaram declarações, em conjunto ou próprias, relativas a direitos de pacientes", objetivando a melhoria dos serviços de saúde e para salvaguardarem a saúde enquanto direito humano.

Graças a essas constantes mobilizações no contexto internacional, "o direito à saúde, hoje, apresenta um conceito muito mais amplo", traduzindo-se também em um "direito a uma melhor qualidade de vida" (LAMY; ROLDAN, HAHU, 2018, p. 44).

Na atualidade, em várias partes do mundo, o acesso por parte da população aos serviços e produtos de saúde, é algo garantido pelos Estados. E, essa garantia tem contribuído para ampliar o conceito de saúde, agregando a este uma melhor qualidade de vida e o direito à felicidade, dentre outros.

Esclarece Ordacgy (2009, p. 18), que tudo isto reforma a afirmativa de que, na atualidade, "o direito à saúde qualifica-se como direito humano fundamental justamente porque representa consequência indissociável do direito à vida".

Nessa mesma linha de pensamento Silva (2012, p. 169) afirma que "o direito à saúde é direito humano fundamental, e o respeito ao mesmo traduz-se no valor da dignidade da pessoa humana" [...].

Por outro lado, comentando a atual concepção adotada para definir o termo 'saúde', Lamy; Roldan e Hahu (2018, p. 44) destacam que tal conceito "antes com foco apenas na ausência de enfermidade, era um conceito negativo". No entanto, "evoluiu para um bem-estar físico, psíquico, social e cultural".

É importante frisar que atualmente entende-se 'saúde' como sendo "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades", conforme ressalta o texto do preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020, p. 1).

No entanto, o conceito de saúde apresentado pela OMS é objeto de muitas críticas. Embora criticado, tal conceito apresenta vantagens, principalmente, porque abandona aquela visão puramente medicamentalizada de saúde e privilegia uma nova concepção, servindo de referencial para a construção de outros conceitos (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010).

O direito à saúde é amplo. Ele não se limita à saúde em si. Para sua construção, outros direitos são chamados à consolidação. Nesse sentido, segundo Lamy; Roldan e Hahu (2018) o direito à saúde abrange também:

i. a participação da população, no processo de adoção de decisões sobre questões relacionadas com a saúde, no âmbito comunitário e nacional.

ii. a saúde materna, infantil e reprodutiva;

iii. o acesso à educação e à informação sobre questões relacionadas com a saúde;

iv. o acesso igualitário e oportuno (tempestivo) aos serviços de saúde básicos;

v. o direito à prevenção e ao tratamento das enfermidades e a luta contra elas;

vi. o direito a um sistema de proteção da saúde,

vii. o direito de não ser submetido a tratamento médico sem o próprio consentimento.

Na prática, as garantias acima apresentadas constituem deveres do Estado para com o cidadão. Mas, não é dever do Estado garantir boa saúde, visto que esta depende de um conjunto de fatores incontroláveis pelo poder público, a exemplo da estrutura biológica do indivíduo e sua condição social. Assim sendo, ao Estado cabe o dever de proporcionar bens, meios e serviços ao cidadão para que ele possa desfrutar do direito à saúde (CURREA-LUGO, 2005).

A saúde enquanto direito constitucional no Brasil

Na condição de país membro da ONU, o Brasil é signatário do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (1966) e do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais 'Protocolo de São Salvador' (1988), que trazem contributos no tocante ao direito à saúde.

Esclarece Vieira (2020, p. 9), que em especial, o Pacto Internacional determina que "toda pessoa tem direito à saúde,

compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social". Aquele mesmo diploma internacional também estabelece que os Estados "reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental".

Assim, em virtude de ter subscrito tais diplomas internacional, o Brasil passou a reconhecer como um direito humano o direito à saúde. E, para melhor materializar esse direito, quando da elaboração da atual Constituição, os legisladores-constituintes inseriram na atual Carta Magna uma série de dispositivos, visando o fortalecimento desse direito, que se encontra associado à vida (VIEIRA, 2020).

Schulze (2019, p. 29) destaca que para proporcionar a saúde ao cidadão, o Estado brasileiro precisa cumprir os seguintes mandamentos:

i) o princípio da dignidade humana;

ii) o direito ao mínimo existencial em saúde, que se refere a "um conjunto de bens indispensáveis para satisfação dos seus direitos fundamentais primários";

iii) a vedação do retrocesso social, que impede que haja redução da atuação estatal que já tenha sido consolidada socialmente; e

iv) o dever de progresso, que diz respeito à melhoria qualitativa e quantitativa das prestações de saúde.

A Constituição Federal de 1988 elegeu a dignidade humana como epicentro de todo o ordenamento jurídico pátrio. Esse princípio dá sustentação aos demais princípios fundamentais. A necessidade de ofertar um serviço de saúde com qualidade, levar o Estado brasileiro a colocar em prática o

princípio do dever de progresso. E, para tornar a saúde um direito de todos, adota-se mecanismos que empeçam o retrocesso social.

Por outro lado, ao assegurar que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 2023, p. 166), a atual Constituição Federal, também determina que:

> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III - participação da comunidade (BRASIL, 2023, p. 166).

Com base nos dispositivos constitucionais acima transcritos, conclui-se que o direito à saúde no Brasil, para sua efetivação exige a implementação de políticas públicas. É importante ressaltar que essas políticas devem também privilegiar as áreas econômicas e sociais, objetivando à redução dos riscos de adoecimento na população em geral.

Ao privilegiar as áreas econômicas e sociais para a promoção da saúde enquanto direito de todos, a Carta Magna vigente reconhece que "a saúde é determinada por diversos fatores e que apenas a oferta de ações e serviços de saúde não é

suficiente para que se alcance o maior nível possível de bem-estar físico, mental e social" (VIEIRA, 2020, p. 11).

Ainda em relação às disposições constitucionais contidas no art. 198, constata-se que ele criou o atual Sistema Único de Saúde - SUS, que foi regulamentado posteriormente através da Lei nº 8.080/1990. E, de acordo com Vieira (2020, p. 11), o atual Sistema Único de Saúde:

> [...] constitui um importante meio para que o Estado cumpra o seu dever no que diz respeito ao direito à saúde. Contudo, ele não é, e não deve ser, o único meio para tanto. É preciso criar condições por meio de políticas públicas para que a população tenha acesso a uma boa alimentação; more em habitações adequadas; tenha acesso a saneamento básico; desfrute de um meio ambiente saudável; tenha ocupação e boas condições nos locais de trabalho; tenha renda suficiente para viver; tenha acesso à educação; realize atividade física; disponha de bons meios de transporte; tenha acesso a práticas de lazer e a outros bens e serviços essenciais.

Instituído, o SUS passou a ser o instrumento de promoção da saúde pública no país, garantindo à população brasileira, o direito à saúde universal e gratuita, financiada pelos entes públicos das três esferas administrativas (União, estados e municípios).

Na visão de Silva (2012, p. 167), "o SUS incorpora uma complexa política pública com vistas a facilitar a concretização do direito à saúde".

A preocupação com a promoção da saúde enquanto direito de todos, garantido pela Constituição Federal em seu

art. 198, também encontra-se expressa na Lei nº 8.080/1990 [Lei Orgânica da Saúde], que textualmente destaca:

> Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 2003, p. 22).

Preservando os princípios ligados à saúde, estabelecidos pela Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde em definir um conjunto de ações, objetivando garantir às pessoas e à coletividade, condições de bem-estar físico, mental e social, de forma equitativa e gratuita.

Entretanto, ao longo das últimas três décadas, vários questionamentos já foram levantados em relação ao acesso universal aos serviços de saúde, que é garantindo constitucionalmente. Na opinião de Dresch (2015, p. 3):

> O acesso universal deve ser compreendido no sentido de que se assegure à universalidade de pessoas o acesso aos serviços de saúde, garantida a igualdade de oportunidades para tratamento, dentro do contexto da equidade, ou seja, de que a cobertura regulada ocorra de modo a permitir que todos sejam atendidos.

Logo, o acesso universal aos serviços de saúde passa pela garantia da igualdade de oportunidades, configurando-se como um dos requisitos para o reconhecimento da 'saúde como direito de todos'. Pois, sem equidade, não há condições

de se garantir tal direito, ou melhor, de se efetivar direito à saúde a todos os cidadãos.

Entretanto, na opinião de Dresch (2015, p. 3):

> O Estado Brasileiro ainda está longe de assegurar a plenitude de acesso e tratamento integral à saúde, o que tem levado a um exponencial crescimento de demandas judiciais por meio das quais a população tenta obter o acesso a tratamentos, internações, exames e medicamentos que lhe são negados administrativamente.

Reconhecidamente, em termos de saúde, os serviços públicos existentes no país, em termos de quantidade e de qualidade da assistência prestada, deixam a desejar. Além da carência estrutural, barreiras sociais, econômicas e políticas, limitam, dificultam ou impendem o acesso dos mais pobres aos serviços de saúde no Brasil, gerando inúmeros problemas para as populações carentes e/ou grupos de riscos, causando, às vezes, mortes.

Vários são os fatores que dificultam a plenitude de acesso à saúde, apresentados pela literatura especializada, com foco, principalmente, na falta de infraestrutura e equipamentos nos serviços públicos de saúde, e, na falta de profissionais qualificados.

Dissertando sobre a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil, Calegari; Massarollo e Santos (2015, p. 43) ressaltam que embora haja "diversas leis e decretos, que promovem e protegem os usuários, inclusive por grupos de patologias, etnias e faixa etária", "não há um Código ou um Estatuto de Direitos do paciente unificado". E,

essa carência de condensação normativa também contribui para limitar ou para dificultar o acesso pleno aos serviços de saúde por parte daqueles que mais precisam.

Considerações Finais

O processo de construção histórica da saúde enquanto direito humano, teve início em 1946, graças às iniciativas promovidas pela Organização das Nações Unidas e pela Organização Mundial da Saúde. No entanto, ampliou-se de nova significativa na década de 1990.

Entretanto, no Brasil, a saúde como um direito de todos é algo que se encontra garantido na Constituição Federal de 1988. A partir daí, todo cidadão passou a ter direito a esse bem, que destina-se à promoção da vida. Assim, em decorrência das disposições constitucionais, o Estado brasileiro passou a desenvolver esforços no sentido de garantir esse direito universal, através de um conjunto de política pública, que visam promover/assegurar o acesso universal e igualitário aos serviços públicos de saúde.

Para tanto, foi criado o Sistema Único de Saúde [regulamentado por meio da Lei nº 8.080/1990], com o objetivo de fazer com a saúde passasse a ser reconhecida como um direito social.

Com a realização da presente pesquisa pode-se constar que não é somente o Brasil, que em sua Constituição reconhece a saúde como um dos direitos básicos: outros países também fazem o mesmo. Contudo, o Estado brasileiro

antecipou-se ao movimento internacional, que nesse sentido, desencadeou-se na década de 1990.

Ademais, embora o acesso aos serviços públicos de saúde não se dê no Brasil na forma desejada, tem-se que reconhecer que significativas conquistas nesse sentido já encontram-se consolidadas.

Referências

BARCELLOS, N. R.; BIDINOTTO, A. B. Aspectos jurídicos da cooperação internacional em saúde pública: um encontro necessário entre saúde, direito e relações internacionais. **Campos Neutrais: Revista Latino-Americana de Relações Internacionais**, v. 2, n. 2, p. 8-25, mai.-ago., 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS.** Brasília: CONASS, 2003.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Altos Estudos, Pesquisas e Gestão da Informação, 2023.

CALEGARI, R. C.; MASSAROLLO, M. C. K. B.; SANTOS, M. J. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. Esp. 2, p. 42-47, 2015.

CURREA-LUGO, V. **La salud como derecho humano**. Bilbao: Universidad de Deusto, 2005.

DALLARI, S. G.; NUNES JÚNIOR, V. S. **Direito sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DRESCH, R. L. O acesso à saúde pública e a eficácia das normas de regulação do SUS. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Direito à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

LAMY, M.; ROLDAN, R.; HAHN, M. M. O direito à saúde como direito humano e fundamental. **Em Tempo**, v. 17, p. 37-60, 2018.

OLIVEIRA, L. M. Conteúdo normativo do direito à saúde. Definição do núcleo essencial segundo a abordagem das capacidades. **RIL Brasília**, a. 59 n. 234 p. 197-215 abr./jun. 2022.

ORDACGY, A. S. O direito humano fundamental à saúde pública. **Revista da Defensoria Pública da União**, v. 1, n. 1, p. 16-35, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Documentos Básicos**. 49 edición. Genebra (Suíça), 2020.

SARLET, I. W. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Direito e Democracia**, v. 3, n. 1, p. 333-353, jan.-jun., 2002.

SCHULZE, C. J. Direito à saúde e o Poder Judiciário. In: SCHULZE, C. J.; GEBRAN NETO, J. P. **Direito à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019.

SILVA, E. P. Direito humano à saúde e a questão da cidadania socioeconômica. **Revista de Informação Legislativa**, a. 49 n. 193, p. 163-170, jan.-mar., 2012.

VIEIRA, F. S. **Direito à saúde no Brasil**: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça (Texto para discussão). Brasília: IPEA, 2020.

2 Capítulo

O processo de construção do SUS

José Ozildo dos Santos
Vanessa Miranda da Silva
Karla Geanne dos Santos Araújo Marques
Cláudia Carneiro de Azevedo
Matheus Henrique Souza Mercês
Danielly Carneiro de Azevedo
Juliano Ferreira Rodrigues
Camila Maria Carneiro Campos

Introdução

Atualmente, o Brasil possui um Sistema Único de Saúde que causa inveja no cenário internacional, mesmo apresentando uma série de problemas. Uma verdadeira prova de sua capacidade de funcionamento foi dada recentemente quando do enfrentamento da pandemia da Covid-19, considerada o maior desafio da saúde pública no século XXI.

É importante destacar que o Sistema Único de Saúde é o resultado de longo processo de discussão social. Ele representa uma ideia que surgiu no meio dos movimentos sociais, ainda na década de 1970 e teve as suas bases lançadas durante a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada na capital federal, em 1986.

O Sistema Único de Saúde - SUS foi criado pela atual Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988, que, em seu art. 196, reconheceu a saúde como um direito do cidadão, enquadrando-a como um bem de acesso universal.

Enquanto política pública, o SUS foi regulamentado pela Lei Nº 8.080/1990. E, ao longo das últimas três décadas vêm realizando os mais significativos esforços, no sentido de garantir ao cidadão brasileiro o acesso gratuito aos serviços públicos de saúde, primando pela equidade e valorizando a vida.

A criação do Sistema Único de Saúde

A história da saúde no Brasil pode ser dividida em dois contextos bem distintos: antes e depois da Constituição Federal de 1988. Embora figurando como país membro da Organização das Nações Unidas, o Estado brasileiro não trouxe de imediato as preocupações em relação à saúde, esboçadas nos instrumentos internacionais, que reconhecem a saúde enquanto direito humano, enquanto direito à vida. E, esse descaso foi alimentado por questões de ordem política.

Em 31 de março de 1964 instalou-se no Brasil uma ditadura militar, que deixou um triste legado à história

nacional. Por mais de duas décadas viveu-se um clima de terror, caracterizado pela violação dos direitos humanos e pela perseguição aos opositores do regime vigente, situação que pendurou até 1985, quando o país entrou em um processo de redemocratização, assinalando uma nova fase em sua história (REZENDE, 2013).

Assim, de 1964 a 1985, a saúde à semelhança dos demais direitos humanos, foi ignorada/violada pelo regime militar e a população padeceu por falta de assistência (COMPARATO, 2007).

Abordando esse período triste da história brasileira, focalizando, principalmente, a saúde pública, Silva; Bezerra e Tanaka (2012, p. 250) destacam que:

> Anterior a Constituição de 1988, o acesso aos serviços de saúde no Brasil estava restrito ao trabalhador formal e àqueles que pudessem pagar pela assistência. Aos demais restava à saúde pública, cuja atuação restringia-se a ações preventivas segmentadas.

Na forma demonstrada, não havia acesso pleno à saúde. Os serviços públicos de saúde eram incipientes e '*capacitados*' em promoverem paliativos. Somente uma pequena parcela da população tinha condições de pagar pelos serviços médicos e hospitalares, que eram oferecidos pela iniciativa privada. E, somente aquela parcela da sociedade que possuía vinculação trabalhista ou era segurada da Previdência Social, podia utilizar os serviços médicos, ofertados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o extinto INAMPS.

Informam Esorel; Nascimento e Edler (2005), que o descaso do Estado para com a saúde gerou uma grande insatisfação popular. A população brasileira encontrava-se sujeita às precárias condições de vida e saúde. E, essa situação fez surgir um movimento social, exigindo uma reforma sanitária, ainda na década de 1970.

É importante destacar que esse movimento, "criado em um contexto de resistência social e política ao regime autoritário" (SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012, p. 250), foi a semente que deu origem ao atual Sistema Único de Saúde, que abraçou o desafio de universalizar o acesso à saúde no Brasil.

Complementando esse pensamento, informam Paim et al. (2011, p. 18) que:

> A reforma do setor de saúde no Brasil estava na contramão das reformas difundidas naquela época no resto do mundo, que questionavam a manutenção do estado de bem-estar social. A proposta brasileira, que começou a tomar forma em meados da década de 1970, estruturou-se durante a luta pela redemocratização. Um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade - desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos -, em alguns casos associados aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época.

O fortalecimento dos movimentos sociais e a consequente perda de popularidade do governo, fortemente contribuíram para a aniquilação do regime militar no Brasil. E, com o final da ditadura, em 1985, acelerou-se o processo de redemocratização do país; elegeu-se uma Assembleia Nacional Constituinte que, em 5 de outubro promulgou a atual

Constituição Federal, batizada como sendo a *'Constituição Cidadã'*, por garantir uma série de direitos básicos e fundamentais, inclusive, a saúde como direito universal (CARVALHO, 2005).

Antecedendo a promulgação da Constituição Federal de 1988, a sociedade brasileira deu início à construção do atual Sistema Único de Saúde, através da promoção e da realização das primeiras Conferências Nacionais de Saúde.

Informam ainda Paim et al. (2011, p. 18) que:

> Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais.

Antes da promulgação da atual Constituição Federal, realizou-se em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Durante 5 dias, o referido evento - que contou a participação de mais de 4 mil participantes, distribuídos em diversos grupos de trabalhos – privilegiou a discussão de três importantes temas principais: *'A reformulação do Sistema Nacional de Saúde'*; *'O financiamento setorial'* e *'A saúde como dever do Estado e direito do cidadão'*.

De acordo com Oliveira (2012, p. 40):

> Não obstante a VIII Conferência Nacional de Saúde ter-se constituído em divisor de águas dentro do movimento de reforma sanitária no país, e tendo sido realizada em um momento propício com o advento da Nova República, com

> a eleição indireta de um presidente não militar e a perspectiva de uma nova constituição, suas propostas não foram concretizadas de imediato.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde serviu como fórum de debates das questões nacionais relacionadas à saúde. Naquela oportunidade foi elaborado um documento, focalizando as reais necessidades do país no que diz respeito à saúde pública. E isso implicou em várias mudanças administrativas, que mais tarde serviram de alicerces à construção do atual Sistema Única de Saúde.

Contudo, o processo de construção do SUS não foi fácil. Durante a Assembleia Nacional Constituinte, vários segmentos da sociedade civil organizada acompanharam os debates nas comissões. E somente devido às fortes pressões populares, a temática '*saúde*' passou a ser privilegiada.

Avaliando aquele momento da história brasileira, Cunha e Cunha (2001, p. 298) afirmam que:

> Como resultante dos embates e das diferentes propostas em relação ao setor de saúde presentes na Assembleia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população.

É importante ressaltar que as disposições contidas no art. 196, da Constituição Federal de 1988, reconhecendo a saúde como um direito do cidadão, representam uma grande conquista popular, configurando-se no reconhecimento da

saúde enquanto direito universal, trazendo nos dispositivos seguintes, a criação do Sistema Único de Saúde.

Os referidos dispositivos constitucionais em comento trazem o seguinte teor:

> **Art. 196.** A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
> .....
> **Art. 198.** As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III - participação da comunidade (BRASIL, 2023, p. 166).

As disposições contidas no art. 196, acima transcrito, encontram respaldo nos instrumentos internacionais divulgados pela Organização das Nações Unidas e pela Organização Mundial da Saúde, reconhecendo a saúde enquanto direito humano e essencial à vida. E, o contido no art. 198, seguinte, representa aquilo que foi amplamente defendido durante a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, no período de 17 a 21 de março de 1986.

Informa Souza (2002, p. 14) que "o Sistema Único de Saúde começou a ser implantado por meio de uma estratégia

que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo INAMPS apenas para os seus beneficiários".

Através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentou-se o Sistema Único de Saúde, estabelecendob que este é "o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público" (BRASIL, 2003a, p. 23).

No entanto, as ações de saúde que vinham sendo executadas pelas estruturas gerenciadas pelo antigo INAMPS, seguiram o mesmo ritmo até 27 de julho de 1993, quando aquele órgão foi extinto pela Lei n° 8.689, "portanto, quase três anos após a promulgação da lei que instituiu o SUS" (SOUZA, 2002, p. 15).

Quando ocorreu a extinção do INAMPS em 1993, o SUS já se encontrava estruturado e pronto para atender a população, tarefa que vem executando até o presente.

O papel do SUS

Estruturado a partir de vários princípios, o Sistema Único de Saúde representa uma grande conquista da sociedade brasileira. Ele é um sistema hierarquizado, patrocinado pela União, Estados e municípios. Nele, os diferentes entes federados possuem competências específicas, atuando de forma articulada (MACÊDO, 2020).

O SUS pode ser compreendido como sendo um processo de gestão compartilhada, no qual, a União, os

Estados, o Distrito Federal e os Municípios dividem/compartilham responsabilidades, visando prestar assistência médico-hospitalar à população (VIACAVA et al., 2018).

De acordo com o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p. 11) "o SUS é uma conquista popular em permanente processo de construção e aperfeiçoamento, inspirada num projeto de Estado de Bem-Estar Social".

Quando se fala que o SUS possui um processo permanente de construção é porque a sociedade vivencia uma constante transformação, gerando novas demandas, sempre. O papel do SUS é atender as demandas vinculadas à área da saúde. E, por essa razão, de forma permanente, necessita repensar sua filosofia, práticas e ações para melhor cumprir o seu papel.

Destaca Souza (2002, p. 17) que:

> O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer.

Na realidade, o SUS já foi criado gozando dessa prerrogativa. Ao longo de mais de três décadas de existência ele tem sido ampliado em vários sentidos. E mais: tornou-se referência internacional.

Enquanto política pública, segundo Macêdo (2020), o Sistema Único de Saúde criado no Brasil tem um conjunto de

diretrizes centradas nos seguintes pontos:

a) Descentralização;

b) Atendimento Integral;

c) Participação da Comunidade.

Objetivando proporcionar um melhor entendimento, o Quadro 1 apresenta as descrições de cada uma das diretrizes acima citadas.

Quadro 1. Diretrizes do Sistema Único de Saúde

Diretriz	Descrição
Descentralização	Apresentando administração única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização das ações e serviços de saúde, objetivando uma maior e melhor promoção da saúde pública;
Atendimento Integral	Definindo as prioridades dentro de cada nível de atenção (básica, média e alta complexidade).
Participação da Comunidade	Dar-se por meio dos representantes que integram os Conselhos de Saúde.

Fonte: Brasil (2003b, p. 12), adaptado.

Todas as ações desenvolvidas no âmbito do SUS são orientadas pelas diretrizes acima apresentadas. A gestão do SUS é descentralizada e necessariamente, é acompanhada pela participação direta da sociedade nos Conselhos de Saúde, organizados nas três esferas de governo. O atendimento por ele ofertado possui um caráter integral, desenvolvendo-se nos diferentes níveis de atenção.

Segundo Mattos (2009), para estruturar-se, o SUS apoiar-se nos seguintes princípios:

i. Princípio da equidade: garante aos usuários a igualdade no direito a assistência à saúde;

ii. Princípio da integralidade: orienta as práticas de saúde pela visão integral do homem;

iii. Princípio da universalidade: garante o acesso de todo cidadão aos bens e serviços produzidos na rede de atenção à saúde.

A equidade é o princípio norteador do Sistema Único de Saúde brasileiro, que tem na atenção básica a sua porta de entrada. Enquanto princípio, a equidade garante o acesso de todos aos serviços de saúde, em condições de igualdade, coibindo qualquer tipo de discriminação (PUSTAI et al., 2006).

De acordo com Nogueira; Fagundes e Agustini (2015, p. 67) o SUS "universalizou o direito à saúde, acenando para o pleno acesso aos serviços, sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação".

O SUS privilegia a humanização em suas práticas e reconhece o paciente como um ser humano, que deve ter sempre a sua dignidade humana respeitada e ser visto de forma integral (VIACAVA et al., 2018).

Fruto da produção humana, o SUS não é perfeito e nem completo. Significativos já foram os avanços registrados em seu contexto (MACÊDO, 2020). Contudo, reconhece-se que muito ainda precisa ser feito e conquistado para que o aceso à saúde no Brasil seja amplo e gratuito. Estas são condições básicas para que a saúde seja reconhecida como um direito do cidadão. E, de forma plena, ocorra a materialização das

disposições contidas no art. 196, da atual Constituição Federal.

Considerações Finais

Através da realização da presente pesquisa pode-se constatar que o processo de construção do atual Sistema Único de Saúde teve início ainda na década de 1970, quando a sociedade inconformada diante da falta de assistência no campo da saúde pública, começou a mobilizar-se e a discutir suas questões.

Ainda naqueles anos de instabilidades política e econômica, realizou-se a primeira 'Conferência Nacional de Saúde', oportunidade em que foi mostrada à sociedade a necessidade de uma reforma sanitária.

Posteriormente, após o término da ditadura militar realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), em cujo evento a saúde foi reconhecida como um direito do cidadão. Aquela conferência também delineou os fundamentos do SUS e muitas de suas propostas foram aproveitadas pela Assembleia Nacional Constituinte, oficialmente instalada em 1987.

Assim, contemplando a vontade da população brasileira, a Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde e reconheceu a saúde como sendo um direito universal, destinado a salvaguardar a vida.

A criação do SUS marcou uma nova era na história social brasileira. Enquanto política pública, o SUS é orientado por um conjunto de diretrizes, tendo como norteador a equidade. Sua regulamentação deu-se através da Lei nº

8.080/1990.

Nas últimas três décadas, o Sistema Único de Saúde consolidou-se, reformou-se, criando novos espaços. Foi ampliada a quantidade de serviços ofertados à sociedade, promoveu-se a inserção de várias categorias profissionais na atenção básica, promovendo-se a interdisciplinariedade no intuito de proporcionar uma saúde de qualidade aos seus usuários.

No fiel cumprimento de sua missão, significativa foi a contribuição do Sistema Único de Saúde no enfrentamento da pandemia do Covid-19 [2020-2022], evitando que milhares de vidas fossem perdidas. O papel desempenhado pelo SUS nesse processo revelou ao Brasil e ao mundo, que ele - enquanto serviço público de saúde - realmente é eficiente e capaz de cumprir todos os seus objetivos.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS.** Brasília: CONASS, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão financeira do sistema único de saúde:** Manual básico. 3 ed. revista e ampliada. Brasília, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Altos Estudos, Pesquisas e Gestão da Informação, 2023.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 7 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema único de saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde**. Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

MACÊDO, D. F. A importância do sistema único de saúde brasileiro para o enfrentamento de emergências de saúde pública. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 17, n. 2, p. 13-21, abr./jun., 2020.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, supl. 1, p. 771-80, 2009.

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S.; AGUSTINI, J. A institucionalidade dos sistemas sanitários locais nas linhas da fronteira: impactos no acesso aos serviços e ações de saúde. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**, n. 9, p. 64-85, jan.-jun., 2015.

OLIVEIRA, A. L. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos nº 61**, Ano 27, n. 1, p. 31-42, 2012.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde no Brasil - ACTBR**, n. 1, p. 1-21, 2011.
SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

PUSTAI, O. J. O sistema de saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B. et al. (Orgs.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. São Paulo: Artmed, 2006.

REZENDE, M. J. **A ditadura militar no Brasil**: repressão e pretensão de legitimidade: 1964-1984. Londrina-PR: Eduel, 2013.

SILVA, L. S.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface**: Comunicação Saúde Educação, v. 16, n. 40, p. 249-59, jan.-mar., 2012.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6., p. 1751-1762, 2018.

3 Capítulo

A importância do acolhimento na promoção do atendimento humanizado na saúde pública

Rosélia Maria de Sousa Santos
Danielly Carneiro de Azevedo
Matheus Henrique Souza Mercês
Vanessa Miranda da Silva
Camila Maria Carneiro Campos
Cláudia Carneiro de Azevedo
Jarlan Ferreira Diniz
Alexandre Lutfi Lira de Abrantes

Introdução

Nas duas últimas décadas, a humanização tem se constituído em tema central das discussões relacionadas à

saúde pública no Brasil, fato que proporcionou uma significativa ampliação da literatura científica, voltada, em especial, para a saúde coletiva (GOULART; CHIARI, 2010).

Enquanto processo, a humanização prima pelo resgate do cuidado humanístico ao indivíduo, cujo estado de saúde esteja comprometido. Ela também encontra-se alinhada às discussões dos direitos humanos, apresentando-se como uma forma de se promover e de se respeitar a dignidade da pessoa humana (SOUSA; BISSOTO, 2017).

Embora seja uma missão difícil, a humanização das ações de saúde é algo possível: exige-se, portanto, compromisso e uma mudança de paradigma, deixando-se de lado o mecanicismo, passando-se a focar-se no paciente, vendo-o de forma integral e privilegiando suas particularidades enquanto ser humano.

É importante destacar que na defesa da promoção da humanização da saúde, entende-se "que quanto mais especializado for o serviço de saúde, mais presentes estarão as condições que sustentam o paradigma cartesiano" (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009, p. 572).

Entretanto, para se promover a humanização no âmbito da saúde pública é necessário vencer "o paradigma cartesiano, o conhecimento parcelar e especializado, a supremacia do poder médico, a valorização da técnica e da destreza manual e a visão do ser humano como máquina" (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009, p. 572). E, elegendo o ser humano como elemento principal da atenção.

No contexto atual, as discussões relacionadas à humanização do atendimento em saúde pública mostram-se

relevantes. Isto porque se entende que as ações em saúde devem ser calçadas em princípios éticos e morais. E, também privilegiarem a integralidade da assistência e a equidade enquanto princípios.

Logo, existe a necessidade de se revisar as práticas assistenciais e de se criar "espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário" (GOULART; CHIARI, 2010, p. 257).

Diante disto, justifica-se toda e qualquer reflexão sobre a humanização no âmbito da saúde pública, visto que trata-se de algo que necessariamente encontra-se associado à promoção dos serviços de saúde com qualidade, privilegiando o paciente, enquanto ser humano, em sua integralidade.

Humanização: Construindo um conceito

Embora na literatura de saúde existam muitas definições para '*humanização*', todas focam-se na ideia de que o referido termo significa 'o ato de tornar o indivíduo mais humano'. Essa concepção se baseia em princípios éticos e morais, que mostram a necessidade e a importância de se valorizar o ser humano como um todo.

Em seu sentido etimológico, de acordo com Houaiss e Villar (2007, p. 1555), humanizar é "[...] tornar (-se) humano, dar ou adquirir condição humana. Tornar (-se) benévolo, ameno, tolerável; humanar (-se). Tornar (-se) mais sociável, mais tratável; civilizar (-se), socializar (-se)".

Partindo das palavras de Houaiss e Villar (2007), não há como promover a humanização sem ser sociável, sem ser

tolerante, bom, civilizado e, acima de tudo, humano. E, sem praticar o humanismo.

Ressaltam Costa; Figueiredo e Schaurich (2009, p. 284) que "a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança e resistência".

Enquanto processo voltado para a promoção do ser humano e para a melhoria dos serviços de saúde, a humanização pode ser definida como sendo "uma estratégia para o resgate do ser humano, da sua dignidade, da sua autonomia e da sua justiça, no cuidado em saúde" (LEITE, 2010, p. 25).

A humanização pode ser entendida como sendo "o esforço de tratar as pessoas respeitando suas necessidades intrínsecas" (FREITAS; HOSSNE, 2002, p. 130), "levando em consideração a sua autonomia para escolher o que consideram ser melhor para elas, a de serem aceitas como são, e de serem escutadas e compreendidas" LEITE, 2010, p. 28).

Nas últimas décadas, objetivando transformar os espaços de prestação de serviços de saúde em algo acolhedor, vem se estimulando práticas humanizadas, focadas no paciente desde o seu acolhimento, de forma que a humanização transformou-se em uma temática bastante presente nesse contexto.

Destacam Sousa e Bissoto (2017, p. 6) que a humanização envolve "o respeito e a valorização do sujeito, extrapolando os aspectos reducionistas que possam existir e as conformações singulares institucionais".

É consenso no mundo científico que as ações de saúde são direcionadas à proteção da vida. Logo, como "o processo de humanização é essencial para a proteção da vida", conforme ressaltam Silva; Lima e Alcântara (2019, p. 4), é essencial que a humanização esteja presente em toda e qualquer ação de saúde.

Nesse sentido, Antunes et al. (2018, p. 18) destacam que:

> A temática da humanização dos serviços de assistência à saúde refere-se à necessidade de observância de um atendimento mais voltado para os ideais de humanidade e que seja suficientemente e potencialmente capaz de garantir a dignidade humana em situações de necessidade de atenção médica.

Assim sendo, quando se tem a humanização dos serviços de assistência à saúde, promove-se diretamente a dignidade humana. Pois, enquanto processo a humanização privilegia e foca-se no paciente, reconhecendo-o como um ser humano, sujeito e titular de direitos que precisam ser respeitados e preservados.

Ainda segundo Antunes et al. (2018, p. 18):

> [...] a humanização na saúde pode ser entendida como processo, filosofia ou modo de prestar assistência. Dentre as várias conceituações existentes, a humanização se traduz em uma forma de cuidar, compreender, abordar, perceber e respeitar o doente em momentos de vulnerabilidade.

Nesse sentido, a humanização das ações de saúde deve ser vista como sendo um instrumento para a mudança

nos modelos de atenção e gestão. Diante de necessária concepção, o paciente deve ser visto como um ser integral, cujas necessidades devem ser atendidas em sua plenitude.

Dissertando sobre a importância do processo de humanização dos serviços de saúde, Costa; Figueiredo e Schaurich (2009, p. 577) afirmam que:

> [...] humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade.

Partindo as palavras Costa; Figueiredo e Schaurich (2009) acima transcritas, constata-se que a humanização é um processo coletivo e ao mesmo tempo recíproco, que se constrói de uma forma mais fácil quando existe uma boa comunicação [na mais completa expressão da palavra] entre os profissionais da saúde e o usuário dos serviços de saúde.

Esclarecem Costa; Figueiredo e Schaurich (2009, p. 577) que:

> A humanização precisa ser sentida e percebida pelos pacientes, familiares e equipe de saúde, sendo que cada processo de humanização é único e singular, dependendo de cada profissional, de cada equipe e de cada instituição. Então, não há possibilidade de transformar as relações entre pacientes e equipe de saúde em mais humanas, se os próprios profissionais não se derem conta da sua importância dentro deste processo.

Para se promover a humanização é preciso agir de maneira sincera e leal junto ao outro. É preciso saber ouvir e ter paciência para ouvir, compreendendo a fragilidade do outro, que muitas vezes, além das dores, carrega consigo incertezas, solidão, carências, conflitos, sensações de perdas, etc.

Dissertando sobre a importância da humanização no contexto da saúde pública, Silva; Lima e Alcântara (2019, p. 4) afirmam que:

> A humanização é um método abrangente e progressivo que inclui modificações na conduta de profissionais e instituições envolvidas com os cuidados com a saúde, sua efetivação presume estruturas de intervenções com a finalidade de oferecer respostas esperadas pelos usuários atendidos.

Partindo da citação acima, o processo de humanização para ser implantado requer uma mudança prévia, focada, principalmente, nos profissionais da saúde. E tal processo possui um caráter evolutivo. À medida que ele vai se desenvolvendo, vai transformando o ambiente e as pessoas que nele atuam, implicando diretamente na melhoria da qualidade dos serviços de saúde que são ofertados aos usuários.

Ainda na opinião de Silva; Lima e Alcântara (2019, p. 6):

> [...] o ato de humanizar só se transforma em uma prática dentro de uma instituição de saúde quando os seus gestores a constitui como um modelo de gestão,

> proporcionando condições favoráveis de trabalho para os profissionais dentro do ambiente de trabalho.

Desta forma, quando uma instituição de saúde volta-se para a promoção da humanização, ela se transforma, torna-se mais acolhedora, passar a ter um melhor clima organizacional, sua gestão torna-se fácil, porque nela a comunicação - enquanto instrumento de interação - encontra-se mais presente, servindo também de elo - favorecendo a interação - entre os profissionais de saúde e o paciente/usuário.

De maneira bem conclusiva, Leite (2010, p. 28) afirma que:

> Humanizar o cuidado requer uma atitude humana, é repensar as atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente com o paciente. É reaprender o valor das pessoas e redescobrir que muitas vezes podemos errar e deixar "sair" o nosso lado "mau", com o qual, pelas circunstâncias do momento, deixamos de pensar nos outros.

Na forma demonstrada, constata-se que 'humanizar' é um verbo que se conjuga com 'resiliência', mesclando-se com empatia, colocando-se no lugar do outro, buscando atender o usuário/paciente, percebendo-o como ser humano em sua plenitude.

Quando se promove a humanização no contexto da saúde pública, de acordo com o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 18), é possível:

a) Valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;

b) Fomentar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde;

c) Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde;

d) Estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão da saúde;

e) Identificar as necessidades sociais de saúde;

f) Mudar os modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, passando a focalizar-se nas necessidades dos cidadãos e na produção de saúde.

No entanto, promover a humanização das ações em saúde não é algo fácil, conforme já destacado. Nesse processo, é preciso superar vários obstáculos. Um deles é a comunicação. Para a promoção da humanização em um serviço de saúde, é necessário que haja uma boa comunicação entre todos os setores da instituição. E nesta, precisa existir condições dignas de trabalho para que os profissionais de saúde possam dar uma assistência completa aos usuários.

É importante ainda ressaltar, que visando humanizar as ações de saúde, o governo federal, através do Ministério da Saúde, criou a Política Nacional de Humanização - PNH, em 2003, objetivando efetivar os princípios admitidos pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

De acordo com Ternus e Wollamann (2021, p. 77), "a Política Nacional de Humanização destina-se a atingir diretamente o cotidiano das práticas de atenção e de gestão".

E, como tal, "deve estar inserida e presente em todas as políticas e em todos os programas do SUS". Pois, seu objetivo é qualificar a saúde pública no país.

Para Silva; Lima e Alcântara (2019, p. 6), a Política de Humanização representa um "mecanismo orientador de argumentos e atividades direcionadas para o processo da humanização".

Enquanto instrumento orientador, a PNH foi criada para tentar contornar os vários descontentamentos que existem na saúde pública, relacionados não somente aos usuários, mas também surgidos entre os profissionais e gestores de saúde. E, para cumprir esse papel, ela "atua a partir de orientações éticas, clínicas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho" (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015, p. 515).

Instituída para se desenvolver a partir de orientações éticas, clínicas e políticas, a Política Nacional de Humanização é composta por várias estratégias norteadoras. E, dentre estes uma em especial se evidencia: o acolhimento (HENNINGTON, 2005), cuja definição e importância serão apresentadas no tópico a seguir.

O acolhimento e o atendimento humanizado

Enquanto estratégia voltada para a promoção de uma saúde de qualidade e humanizada, "o acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde". E, desde o seu surgimento vem sendo apresentado com "sendo elemento fundamental para a reorganização da assistência em

diversos serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo tecno-assistencial" (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015, p. 515).

Como já informado, o acolhimento é uma das estratégias da Política Nacional de Humanização. Contudo, deve-se destacar que ele "vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da entrada deste no sistema" (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015, p. 515).

A partir do acolhimento, o profissional ou a equipe de saúde consegue criar uma relação de confiança com o usuário. Acolhido, o usuário passa a ter um cuidado justo, ampliado e integral (HENNINGTON, 2005).

Definida como sendo é uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização, "o acolhimento facilita, dinamiza e organiza o trabalho", auxiliando os profissionais a atingirem as metas estabelecidas (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015, p. 515).

Na produção do acolhimento, dois aspectos são levados em consideração: a multiprofissionalidade e a intersetorialidade. Estas particularidades possibilitam ao usuário o acesso a um atendimento justo e integral, o que se traduz em atendimento humanizado.

Acolher, na concepção de Hennington (2005), significa humanizar o atendimento. Através de um atendimento humanizado, o serviço público de saúde pode não somente promover um cuidado técnico ao paciente, como também de cuidar de seu emocional, estendendo esse cuidado aos familiares do assistindo.

De acordo com Sousa e Bissoto (2017, p. 2):

> A proposta de humanizar o atendimento em saúde considera a possibilidade de mudanças culturais tanto do paciente como do profissional, desde a gestão até o cuidado, viabilizar na relação com o paciente uma postura ética e, dessa forma, mais resolutiva e efetiva. Neste sentido, já o acolhimento do usuário do sistema de saúde passa a ter um novo sentido: não se trata apenas de uma patologia a ser tratada, ou de uma relação de consumo entre tal sistema e o cliente, mas de uma relação que deve se pautar, cada vez mais, pela sua horizontalidade.

Em uma unidade de saúde pública, seja esta hospitalar ou ambulatorial, o atendimento humanizado se faz necessário porque se estar lidando com seres humanos, carentes de cuidados e de acolhimento, face suas fragilidades decorrentes do quadro decorrente da doença.

De acordo com Sousa e Bissoto (2017, p. 2):

> É preponderante ao profissional de saúde estabelecer contato direto com o paciente sob seus cuidados, para que as características pessoais e individuais de ambos sejam respeitadas. Isso requer que o profissional entenda que o sujeito-paciente não representa apenas uma patologia a ser tratada e, sim, um ser humano complexo, dotado de sentimentos, saberes e concepções próprias sobre sua saúde e de como cuidar-se. E, ao mesmo tempo, que o paciente compreenda o profissional como alguém com quem discutir os problemas que está enfrentando, estabelecendo-se uma relação de empatia, fundamentalmente importante para o processo de cura e de melhoria da qualidade de vida.

Por isso, se faz necessário um olhar atento para o paciente. Este, merece um cuidado especial e que se respeite a sua fragilidade. Logo, é primordial que o profissional de saúde que está promovendo esse atendimento saiba criar um elo de confiança com o paciente. E, que este reconhecidamente tenha um acolhimento e um atendimento humanizado na saúde.

Ainda de acordo com Souza e Bissoto (2007, p. 2):

> A proposta de humanizar o atendimento em saúde considera a possibilidade de mudanças culturais tanto do paciente como do profissional, desde a gestão até o cuidado, viabilizar na relação com o paciente uma postura ética e, dessa forma, mais resolutiva e efetiva. Neste sentido, já o acolhimento do usuário do sistema de saúde passa a ter um novo sentido: não se trata apenas de uma patologia a ser tratada, ou de uma relação de consumo entre tal sistema e o cliente, mas de uma relação que deve se pautar, cada vez mais, pela sua horizontalidade.

Diante disto, é fácil perceber que uma unidade pública de saúde possui ou não um atendimento humanizado. Basta verificar se o médico ou outro profissional da saúde trata o paciente - seja ele quem for -, com indiferença. E inexistência de atendimento humanizado também se caracteriza pela falta de orientação ou de esclarecimento aos familiares do paciente, por parte da equipe de saúde.

Considerações Finais

A Política Nacional de Humanização foi criada em 2003 e instituída de imediato pelo Ministério da Saúde em

todos os serviços que integram o Sistema Único de Saúde. Suas bases conceituais encontram-se apoiadas em princípios éticos e morais.

De forma direta, além de visar à promoção do atendimento humanizado, a Política Nacional de Humanização serve de instrumento promotor dos direitos humanos, fortalecendo a preservação dignidade humana, eleita como epicentro da Constituição brasileira vigente.

Reconhecida como instrumento de transformação, a humanização foca-se no paciente, elegendo-o como figura central do atendimento, que necessariamente precisa ser humanizado.

Intrinsecamente, a humanização também traz consigo uma mudança de paradigma. Reconhece-se que através dela é possível superar o conhecimento parcelar e especializado e, eliminar os resquícios do paradigma cartesiano, que ainda alimenta a supremacia do poder médico, fato que faz com os pacientes dos serviços de saúde continuem sendo vistos como simples doentes a serem tratados.

Nos serviços públicos de saúde, tornar o atendimento humanizado é algo necessário. Essa '*necessidade*' precisa ser entendida por todos os profissionais e gestores de saúde. Pois, a estes cabem à missão de valorizarem o paciente como ser humano, deixando completamente de lado "a valorização da técnica e da destreza manual e a visão do ser humano como máquina".

Referências

ANTUNES, P.; GARCIA, N. F. O.; OLIVEIRA, L. J.; RODRIGUES, I. V.; ALVES, G. R. A importância do atendimento humanizado nos serviços de urgência e emergência: uma revisão de literatura. **Revista Científica FacMais**, v. XII, n. 1, p 13-29, abr., 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Polícia Nacional de Humanização - Humaniza SUS**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem**. Interface - Comunic., Saúde, Educ**., v. 13, supl. 1, p. 571-80, 2009.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. de M. dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate,** v. 39, n. 105, p. 514-524, abr-jun, 2015.

FREITAS, C. B. D.; HOSSNE, W. S. O papel dos Comitês de Ética em Pesquisa na proteção do ser humano. **Bioética**, v. 10, n. 2, p. 129-146, nov. 2002.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 256-265, 2005.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

LEITE, M. A. R. **Significado de humanização da assistência para os profissionais de saúde que atendem na sala de emergência de um pronto-socorro**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

SILVA, A. C.; LIMA, R. F.; ALCÂNTARA, A. de O. Humanização: um processo necessário na área da saúde. XV SEMANA ACADÊMICA: Diversidades Tecnológicas e seus Impactos Sustentáveis. Conexão Unifametro 2019, **Anais**...

SOUZA, F. M. de; BISSOTO, M. L. A. C. Direitos humanos e a humanização em saúde: a comunicação entre profissional/paciente como balizadora desta relação. III CONISE - Congresso Internacional Salesiano de Educação (Direitos Humanos e Formação de Professores: tensões, desafios e propostas). Lorena (SP), 23, 24 e 25 de outubro de 2017. **Anais**...

TERNUS, B. F.; WOLLMANN, I. Implementação da política de humanização nas Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. SBPH**, v. 24, n. 2, p. 76-88, jul.-dez., 2021.

4 Capítulo

Atenção Primária à Saúde: Porta de entrada dos usuários no SUS

Rosélia Maria de Sousa Santos
Rennan Cássio Maia Oliveira
Matheus Henrique Souza Mercês
Karla Geanne dos Santos Marques
Cláudia Carneiro de Azevedo
Jarlan Ferreira Diniz
Alexandre Lutfi Lira de Abrantes
Maria Carmélia Almeida Neta

Introdução

Na história da saúde no Brasil, a Constituição Federal de 1988 representa um importante marco histórico: ela reconheceu a saúde como um direito do cidadão. E foi mais

além: criou o Sistema Único de Saúde - SUS, que tem por missão, desenvolver os mais significativos esforços no sentido de garantir a universalidade do direito à saúde (SOUZA et al., 2021).

Informam Oliveira e Pereira (2013, p. 15) que:

> Juridicamente, a Constituição de 1988 foi o marco conceitual que consolidou a nova consciência social de promoção de saúde que deu origem ao SUS, a maior conquista do movimento sanitário brasileiro. Com o SUS, estabeleceu-se uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil em prol do acesso pleno aos serviços em busca de um novo padrão de cidadania.

O princípio norteador do SUS é o da equidade. E, em respeito às disposições constitucionais, o atual modelo de saúde visa promover "uma atenção universal, equitativa, integral, descentralizada e participativa" (SILVA, 2019, p. 52).

Enquanto política pública, o SUS foi regulamentado através da Lei nº 8.080, sancionada no dia 19 de setembro de 1990. Aquele diploma legal estabeleceu que o SUS é "o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público" (BRASIL, 2003, p. 23).

Posteriormente, logo no início de 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família - PSF, elegendo "como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população" (BRASIL, 1997, p. 7).

Após a sua implantação, o Programa Saúde da

Família passou a organizar a Atenção Básica no país. Alicerçado nos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, a partir de 1996 "o PSF passou a ser apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial, superando o conceito de programa vinculado a uma noção de verticalidade e transitoriedade" (SILVA, 2019, p. 52).

Posteriormente, em 2011, o Ministério da Saúde deu uma nova configuração ao Programa Saúde da Família, ampliando serviços e atribuições. E, consequentemente, em seu lugar, instituindo a Estratégia Saúda da Família - ESF.

Em 2017, o Ministério da Saúde promoveu uma reestruturação da atenção básica, fundamentada na ESF, mostrando o atrelamento existente entre a PNAB e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PRADO; PRADO, 2021). Com essa iniciativa, cada vez mais a Atenção Básica [ou Atenção Primária à Saúde] se configura como sendo a principal porta de entrada do SUS, servindo também de centro articulador do acesso dos usuários às Redes de Atenção à Saúde.

Do Programa Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família

Embora tenha sido criado pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde somente foi regulamentado através da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 2003). Após a sanção desta lei, deu-se início a um processo de transições das atividades de saúde, que até então eram coordenadas pelo

antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS.

Enquanto política pública, o SUS foi completamente efetivado após a sua regulamentação, fato que determinou a extinção do INAMPS por força da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993 (SOUZA, 2002).

De acordo com Castro et al. (2021, p. 15-16):

> Durante a implantação do SUS notou-se uma série de necessidades em saúde advindas principalmente do crescimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), de quadros de desnutrição, parasitoses e mortalidade infantil. Agravos esses que exigiram mudanças na abordagem das doenças mais prevalentes. Esta necessidade culminou com a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) no ano de 1990 e posterior implantação do Programa Saúde da Família (PSF), no ano de 1994.

Na forma demonstrada, constata-se que a implantação do SUS foi precedida de vários estudos que determinaram as deficiências do sistema de saúde existente até então no Brasil, revelando a necessidade da formulação de estratégias pontuais para o enfrentamento problemas relacionados à saúde da população. E, a primeira iniciativa apresentada foi a criação do Programa Saúde da Família.

Ainda segundo Castro et al. (2021, p. 16):

> O PSF foi apresentado no primeiro documento ministerial como um programa, passando, em seguida, a ser considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, com potencial caráter substitutivo das práticas

> convencionais [...]. Esta estratégia permitiu a ampliação da cobertura em saúde, em um movimento inicialmente voltado para os brasileiros com maior vulnerabilidade social.

Implantado, o PSF passou a ser visto como uma estratégia que substituía o modelo de saúde vigente. Sintonizado com os princípios norteadores do SUS, o Programa Saúde da Família era voltado para permanente defesa da vida do cidadão.

Em pouco tempo, o PSF passou a se destacar como uma estratégia que reorganizou a atenção básica, primando pela vigilância à saúde. Todas as suas ações eram centradas na promoção da qualidade de vida do cidadão. E, com a publicação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 96), o referido programa ganhou um significativo impulso (BRASIL, 2000).

Para viabilizar as ações do Sistema Único de Saúde, o PSF foi organizado "em torno de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo, de acordo com necessidades particulares definidas pelos municípios, absorver outras categorias profissionais" (OLIVEIRA; SILVA; YAMAMOTO, 2007, p. 7).

É importante lembrar que a implantação do PSF transformou as antigas "UBS em Unidades de Saúde da Família (USF), alterando o tipo de serviço oferecido à população nesses locais". Às novas Unidades de Saúde da Família cabia "tão-somente, desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção, substituindo as UBS e se apresentando

como porta de entrada dos serviços de saúde" (OLIVEIRA; SILVA; YAMAMOTO, 2007, p. 7).

Informam Ayres et al. (2006, p. 308) que:

> O Ministério da Saúde propôs o PSF como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial a partir da organização da atenção básica, apostando no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população.

Enquanto estratégia de saúde, o PSF funcionava por meio de equipes multiprofissionais, que passaram a ser conhecidas pela denominação de 'equipes de saúde da família'. Tais equipes de saúde formavam o corpo técnico das Unidades de Saúde da Família, que, por sua vez, atuavam em áreas geográficas definidas, atendendo, um número mínimo de 600 e ao máximo de 1000 famílias.

Em cumprimento aos seus princípios norteadores, o PSF passou por vários aperfeiçoamentos, transformando-se na "estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica no país", ainda na década de 1990 (SILVA, 2019, p. 53).

Ainda buscando promover o aperfeiçoamento dos serviços públicos de saúde, o governo federal transformou o antigo Programa Saúde da Família na atual Estratégia Saúde da Família - ESF.

A ESF, segundo Castro et al. (2021, p. 16):

> [...] incorpora os princípios do SUS e reinventa a atenção à saúde a partir de diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde,

> na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade.

Mecanismo dinâmico, voltado à promoção da saúde da população, a Estratégia Saúde da Família vem desempenhando o papel de porta de entrada do sistema de saúde. Em seu contexto, inicialmente, é promovido acolhimento. Após a escuta, oferece-se resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população.

Na ESF, busca-se através da efetividade do cuidado, minorar danos e sofrimentos. Isto porque, "na perspectiva da Atenção Primária a Saúde, deve ocorrer uma íntima relação do vínculo com as demais dimensões que a integram quer seja o acesso, a porta de entrada, o elenco de serviços, a coordenação, o enfoque família, a orientação para a comunidade e a formação profissional e a continuidade do cuidado" (SILVA, 2019, p. 56-57).

Acrescentam ainda Castro et al.(2021, p. 16), que "a ESF está pautada na atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado em saúde".

Reconhecida como sendo um excelente instrumento de promoção da saúde pública no Brasil, a Estratégia Saúde da Família embora já se encontre consolidada, vem sendo constantemente fortalecida. Pois, entende-se que "fortalecer a ESF é também fortalecer o SUS e seus princípios" (PINHEIRO; SILVA, 2021, p. 112).

É importante registrar que a partir da ESF, considera-se a Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica, como sendo a porta de entrada no sistema de saúde (SILVA, 2019).

Atenção Primária em Saúde

Na literatura especializada existem vários conceitos para a expressão 'Atenção Primária'. Contudo, uma das mais divulgadas foi apresentada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2004, p. 7) e tem o seguinte teor:

> [...] a Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade.

Enquanto processo, a Atenção Primária norteia-se por um conjunto de princípios. E promove intervenções focadas em diferentes aspectos. Ela possui natureza democrática, privilegia o trabalho em equipe e procura acolher as mais variadas demandas que partem da população.

Por outro lado, de acordo com Starfield (2002, p. 28):

> A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no

> decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

Na forma acima demonstrada, a Atenção Primária foca-se na pessoa, privilegiando suas particularidades. Enquanto porta de entrada do atual sistema público de saúde, ela busca a promoção da saúde do cidadão, previne e trata das doenças, sem, contudo, deixar de lado a promoção da qualidade de vida das pessoas assistidas.

Acrescenta ainda o CONASS (2004) que a Atenção Primária orienta-se pelos seguintes princípios:

a. Princípio da acessibilidade (ao sistema),
b. Princípio da continuidade,
c. Princípio da equidade,
d. Princípio da humanização,
e. Princípio da integralidade,
f. Princípio da participação social.
g. Princípio da responsabilização,
h. Princípio da universalidade,
i. Princípio do vínculo.

No desenvolvimento das atividades em saúde, segundo Mendes (2002), a Atenção Primária à Saúde deve cumprir as seguintes funções especiais:

a. Resolução;
b. Organização;
c. Responsabilização.

O Quadro 1 apresenta tais funções especiais com suas respectivas finalidades.

Quadro 1. Funções Especiais cumpridas pela Atenção Primária à Saúde

Funções	Descrições
Resolução	Visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;
Organização	Visa organizar os fluxos e os contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;
Responsabilização	Visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Fonte: Mendes (2002)

Da efetivação da Atenção Primária à Saúde depende [e muito] o trabalho exitoso dos serviços públicos de saúde, disponibilizados através do SUS. Pois, ela deve "ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde" (SHIMAZAKI, 2009, p. 13).

Enquanto porta de entrada, a APS "exerce posição primordial em filtrar o fluxo de pacientes frente à descentralização em rede do sistema", intervindo nos cuidados primários em saúde, facilitando o diagnóstico precoce, bem como o tratamento de episódios agudos (SOUZA et al., 2021, p. 27).

Para serem capazes de garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde para toda a população, as Unidades de Saúde que integram à Estratégia Saúde da Família precisam

cumprir os princípios estabelecidos para a Atenção Primária à Saúde, que segundo Castro et al. (2021) são os seguintes:

i. Primeiro Contato,

ii. Longitudinalidade,

iii. Integralidade,

iv. Coordenação do cuidado em saúde.

Objetivando proporcionar um melhor entendido, apresenta-se no Quadro 2, os princípios aplicados à Atenção Primária à Saúde.

Quadro 2. Princípios Aplicados à Atenção Primária à Saúde

Variável	Descrição
Primeiro Contato	Deve-se disponibilizar pontos de atendimento acessíveis, que acolham as necessidades da comunidade. Sem um primeiro contato facilitado, não é possível desenvolver iniciativas de prevenção que sejam benéficas, coletivamente.
Longitudinalidade	Diz respeito ao aporte regular de cuidados à saúde e seu uso consistente ao longo do tempo.
Integralidade	Exige a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, aliada à responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde, considerando os processos biológicos, psicológicos e sociais causais das doenças.

Coordenação do cuidado em saúde	Implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado e organizado.

Fonte: Castro et al. (2021, p. 16), adaptado.

Quando se analisa o contido no Quadro 2, entende-se como mais facilidade porque a Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde. E também a porta de entrada para tais sistemas. Os princípios acima apresentados norteiam todas as ações que estão concentradas na Atenção Primária à Saúde

Considerações Finais

Enquanto principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) necessariamente precisa ser eficiente. Ademais, que as suas ações são integralidade, longitudinalidade, orientação comunitária, o desenvolvimento qualquer proposta de intervenção torna-se algo muito fácil e sempre exitoso.

A APS produz impacto na saúde e no desenvolvimento da população. Com a sua implementação, o Estado brasileiro conseguiu melhorar os indicadores de saúde. E mais, o Sistema Único de Saúde passou a ter uma maior eficiência no fluxo de seus usuários. Houve também um maior impulsionamento das práticas preventivas.

No contexto das Unidades de Saúde, conseguiu-se diminuir as iniquidades sobre o acesso aos serviços de saúde.

E isto vem proporcionando uma maior satisfação aos usuários.

Contudo, tem-se que reconhecer que os desafios para a manutenção do SUS são inúmeros. Entretanto, tais desafios serão mais facilmente superados quando a sociedade tiver plena convicção de que o direito à saúde deve ser sempre valorizado e fortalecido. Logo, toda e qualquer iniciativa nesse sentido deve o completo respaldo popular.

Referências

AYRES, R. C. V.; PEREIRA, S. A. O. E. PEREIRA; ÁVILA, S. M. N.; VALENTIM, W. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. O Mundo da Saúde, v. 30, n. 2, p. 306-311, abr.-jun., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. **A implantação da Unidade de Saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas Públicas, 2000.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS.** Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CASTRO, C. T.; GAMA, R. S.; NEPOMUCENO, A. F. S. F.; FIGUEIREDO, M. S.; CASTRO, B. T. Atenção primária à saúde frente à pandemia de Covid-19 no Brasil: possibilidades e

desafios. In: FURTADO, J. H. L; QUEIROZ, C. R; ANDRES, S. C. (Orgs.). **Atenção primária à saúde no Brasil**: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo. Campina Grande: Amplla, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Atenção Primária**. Seminário para a estruturação de consensos. Caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília: CONASS, 2004. (CONASS Documenta, 2).

OLIVEIRA, I. F.; SILVA, F. L.; YAMAMOTO, O. H. A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? **Aletheia**, n. 25, p. 5-19, jan.-jun., 2007.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. (esp.), p. 158-164, 2013.

PINHEIRO, F. T. S.; SILVA, J. P. X. A residência multiprofissional em saúde da família e comunidade como instrumento para fortalecimento e defesa do sistema único de saúde. In: FURTADO, J. H. L; QUEIROZ, C. R; ANDRES, S. C. (Orgs.). **Atenção primária à saúde no Brasil**: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo. Campina Grande: Amplla, 2021.

PRADO, R. F.; PRADO, J. F. M. Introdução à atenção primária à saúde no Brasil: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo. In: FURTADO, J. H. L; QUEIROZ, C. R; ANDRES, S. C. (Orgs.). **Atenção primária à saúde no Brasil**: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo. Campina Grande: Amplla, 2021.

SHIMAZAKI, M. E. A Atenção primária à saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

SILVA, M. M. Estratégia saúde da família: Um olhar no modelo de organização da Atenção Básica no Brasil. **Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias**, v. 6, n. 2, p. 51-62, jul.-dez., 2019.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, S. G.; CABRAL, V. H.; SANTANA, E. J.; ARRAIS, L. M.; MEDEIROS, P. D. P. Atenção básica frente à pandemia do novo coronavírus: uma revisão integrativa. In: FURTADO, J. H. L; QUEIROZ, C. R; ANDRES, S. C. (Orgs.). **Atenção primária à saúde no Brasil**: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo. Campina Grande: Amplla, 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

5 Capítulo

Judicialização da saúde

José Ozildo dos Santos
Camila Maria Carneiro Campos
Matheus Henrique Souza Mercês
Rennan Cássio Maia Oliveira
Maria Carmélia Almeida Neta
Danielly Carneiro de Azevedo
Juliano Ferreira Rodrigues
Vanessa Miranda da Silva

Introdução

No Brasil, a saúde é um direito constitucionalmente garantido. Em decorrência dessa prerrogativa, o acesso aos serviços públicos de saúde é gratuito e igualitário. O mesmo dispositivo da Constituição Federal vigente [art. 196], que

garante esse direito, também estabelece que promover a saúde é um dever do Estado.

Entretanto, nos últimos anos é cada vez maior o número de demandas judiciais relacionadas à saúde, fato que convencionou-se chamar de judicialização da saúde (VIEIRA, 2020).

Informa Machado (2010) que as ações judiciais relacionadas às questões de saúde se ampliaram a partir da década de 1990, quando portadores do vírus HIV e algumas organizações não governamentais (ONGs), passaram a procurar o Poder Judiciário, pleiteando que o SUS fosse determinado a oferecer os medicamentos e a assistência necessária aos aidéticos.

Assim, objetivando reduzir aquelas crescentes demandas, o governo federal sancionou a Lei nº 9.313/1996, garantindo o fornecimento gratuito de medicamentos aos portadores do HIV, como também aos doentes de AIDS (VIEIRA, 2020).

Entretanto, o aumento populacional, as difíceis condições de vida no país, o reduzindo número de políticas públicas no campo da saúde e a baixa cobertura das existentes, frente às demandas crescentes, que parte da população cada vez mais carente de assistência, são fatores que fortemente têm contribuído para ampliarem a judicialização da saúde no Brasil.

Definida como sendo um meio que assegura a resolução de conflito relacionado à saúde, a *'judicialização da saúde'* não se limita apenas à exigência de prestações de serviços na esfera pública, ela também abrange litígios

relacionados à saúde suplementar. E também contempla as questões relacionadas ao biodireito, principalmente aqueles litígios envolvendo erros médicos.

Entretanto, no presente trabalho são discutidas apenas as questões relacionadas aos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde, visto que este é o ponto mais comum nos debates acerca da judicialização da saúde no Brasil.

O SUS e a difícil missão de universalizar a saúde no Brasil

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como sendo um direito fundamental social expresso e de caráter universal. Essa previsão encontra-se no art. 6º e nos artigos 196 a 200. Entretanto, "na dicção do art. 196 da Constituição, a saúde não é só direito fundamental, mas também um dever do Estado" (VILELA; MOLITERNO; SANTOS, 2018, p. 309).

Contudo, é importante frisar que essa grande conquista foi antecipada por um longo processo histórico (VIEIRA, 2020). Ainda na década 1970, quando o Brasil encontrava-se mergulhando em uma grande crise econômica e vivia os horrores da ditadura militar, movimentos sociais se organizaram e começaram a discutir a necessidade de uma reforma sanitária no país (PAIM et al. 2011).

Informam Silva; Bezerra e Tanaka (2012) que com o início do processo de redemocratização do país, as questões ligadas à saúde ganharam mais impulso e destaque no cenário

nacional.

Entretanto, foi durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde - realizada no período de 17 a 21 de março de 1986, em Brasília – que a saúde foi reconhecida como um direito fundamental ao cidadão e essa concepção foi mais tarde acolhida pela Assembleia Nacional Constituinte, em suas comissões (PAIM et al. 2011).

É importante frisar que a Constituição Federal aderindo à concepção internacional estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reconhece a saúde como sendo um "estado de completo bem-estar físico, mental e social" e assegura que o direito à saúde, inclui "as dimensões preventiva e prestacional, além da eminentemente curativa" (VILELA; MOLITERNO; SANTOS, 2018, p. 310).

Para implementar e assegurar o direito à saúde, a Carta Magna vigente também criou o atual Sistema Único de saúde. Contudo, o SUS foi somente regulamentado dois anos mais tarde, através Lei nº 8.080/1990. E, devidamente estruturado, passou a gerenciar os serviços públicos de saúde no Brasil (SOUZA, 2002).

Na opinião de Vilela; Moliterno e Santos (2018, p. 310):

> O SUS é fundamental para a população brasileira e, como visto, uma conquista. Das políticas públicas previstas na Constituição Federal, é a que mais avançou e produziu ganhos sociais, contudo, a execução das ações de saúde exige o enfrentamento de muitos desafios, entre os quais, a organização de serviços, a qualificação do acesso e a incorporação de tecnologias.

Reconhecido como sendo uma política pública de primeira grandeza, o SUS apesar dos avanços e de sua excelente contribuição ao enfrentamento da pandemia da Covid-19, ainda é bastante criticado e, porque não dizer, mal compreendido.

O direito social à saúde é amplo. E diante dessa particularidade, faz-se necessário considerar a finitude dos recursos materiais existentes. Ao determinar que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o art. 196 da Constituição também deixa claro que o acesso àquela é universal e igualitário. O referido dispositivo constitucional vai mais além: diz que a saúde enquanto direito, será garantida mediante políticas públicas (BRASIL, 2023).

Entretanto, as políticas públicas implementadas pelos governos são insuficientes para satisfazerem as demandas que partem da população carente de serviços. E isto tem contribuindo fortemente para que se os questionamentos em torno do direito constitucional à saúde sejam ampliados.

A judicialização da saúde no Brasil

Embora o direito à saúde seja apresentado como sendo um direito social e fundamental [art. 6º, CF], e ocupe um longo espaço nos dispositivos relacionados à ordem social (art. 196 a 200), ele é alvo de inúmeros questionamentos.

Informam Vilela; Moliterno e Santos (2018, p. 310), que "uma das questões mais complexas, relacionadas à interpretação das normas constitucionais que asseguram o

direito fundamental à saúde, diz respeito à determinação do conteúdo que daí pode ser depreendido e exigido".

Tais questões são geradas porque a Constituição Federal limita-se apenas a apresentar as diretrizes, que orientam o SUS, deixando a cargo dos poderes legislativo e executivo a missão de elaborarem as necessárias normas regulamentadoras.

De natureza subjetiva, o direito à saúde possui aplicabilidade imediata. E, desta forma, ocorrendo inobservância por parte do poder público, viabiliza o direito de ação.

Ainda de acordo com Vilela; Moliterno e Santos (2018, p. 310), "é justamente a possibilidade de sua tutela jurisdicional que tem gerado o fenômeno conhecido como judicialização da saúde".

Tais demandas, que veem se multiplicando rapidamente nos últimos anos, visam assegurar na via judicial os acessos a medicamentos e tratamentos especializados, negados ou dificultados pelos órgãos que integram o sistema público de saúde (BITTENCOURT, 2016).

De acordo com Vieira (2020, p. 25), por judicialização entende-se como sendo:

> [...] uma situação de acionamento do Poder Judiciário por parte de indivíduos ou grupos de indivíduos, na condição de cidadãos ou de consumidores, com a finalidade de que este poder arbitre conflitos destes com o Poder Executivo, com empresas privadas e até mesmo com pessoas físicas, em matéria de saúde.

Busca-se, pois, com a judicialização, a resolução de um conflito. E, quando se tem a judicialização da saúde, na situação em estudo, esta se refere a pleitos relacionados àquelas demandas não atendidas e/ou não contempladas pelo Sistema Único de Saúde.

Essa situação pode ser exemplificada, através da seguinte situação: uma pessoa não tem acesso a um determinado tratamento médico ou a um determinado medicamento. Partindo do princípio de que a Constituição Federal garante um direito à saúde, "é tarefa do Judiciário garantir que essa pessoa receba o tratamento e o medicamento necessários" (VILELA; MOLITERNO; SANTOS, 2018, p. 312).

Atualmente, o fenômeno da judicialização encontra-se presente e todos os estados brasileiros, focalizando diferentes pretensões. Analisando a ampliação desse fenômeno no Brasil, Vilela; Moliterno e Santos (2018, p. 313) faz a seguinte observação:

> O aumento da intervenção do Judiciário na alocação de recursos públicos na área da saúde tem sido cada vez mais percebido. Há uma explosão de demandas judiciais nesta área, que se aproximam dos 1,5 milhão de processos e impõem que parte relevante dos orçamentos públicos de saúde das entidades federativas sejam destinados ao cumprimento de decisões judiciais, onerando sobremaneira Estados e Municípios.

A realidade acima apresentada mostra a urgente necessidade de se rediscutir a política de saúde no país. Contudo, para reduzir de forma significativa esse problema, as discussões devem ter como ponto de partida, o financiamento

do SUS. E, a definição clara dos papéis dos entes federados envolvidos no processo de promoção da saúde pública.

Vilela; Moliterno e Santos (2018, p. 316) ressaltam ainda que "há de se considerar que, no fenômeno da judicialização, os debates, mesmo processualmente apresentados como direitos individuais, têm altos impactos nos direitos coletivos".

O cumprimento de toda e qualquer decisão judicial no campo da saúde, que contempla um indivíduo, traz impactos negativos para os direitos coletivos porque ela tem um custo. E, ao cumprir tal decisão, o Estado deixa muitas vezes de atender demandas específicas da sociedade (WANG et al., 2014).

Dissertando sobre a ampliação do fenômeno da judicialização no Brasil, Vieira (2020, p. 25) reconhece que:

> [...] as causas da judicialização são diversas e que variam no território nacional. Em algumas localidades, as demandas podem ser majoritariamente relacionadas a bens e a serviços de saúde já previstos nas políticas públicas, enquanto, em outras localidades, a maioria das solicitações se refere a produtos e serviços não contemplados nessas políticas.

Na forma demonstrada, as causas da judicialização da saúde variam de acordo com diferentes particularidades, revelando, em muitos casos, a desconexão das políticas públicas elaboradas para o fortalecimento e universalização dos serviços de saúde.

De forma completar, afirma Ferraz (2019, p. 8-9) que:

> As causas da judicialização da saúde são as mais variadas. Há, sem dúvida, ações motivadas por falhas administrativas, descaso, corrupção (a 'judicialização boa'), mas há também muitos processos gerados por fatores diversos, como o desejo de pacientes e médicos de usufruir de tratamentos que não deveriam ser fornecidos pelo sistema à luz de princípios consolidados da saúde pública, como a segurança, a eficácia e a custo-efetividade; a propaganda exacerbada da indústria farmacêutica; e até fraude (a 'judicialização ruim').

Analisando as palavras acima transcritas, constata-se que o fenômeno da judicialização é de natureza multifatorial. E, que existe uma 'judicialização boa' e uma outra, definida como sendo 'judicialização ruim'.

Acolhendo em parte o acima enunciado, poder-se-ia dizer que uma 'judicialização boa' seria aquela que visa garantir melhores condições de vida a um paciente, assegurando-lhe o tratamento ou o medicamento de que necessita. E, que seria 'judicialização ruim' aquelas cujos pleitos não contemplam o que estabelecido como competência do Sistema Único de Saúde.

Entretanto, esse ponto abre espaços para as discussões em torno do termo 'integralidade', presente nas disposições contidas no art. 198, da Constituição, que expressa *in verbis*:

> **Art. 198.** As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> .....
> II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais [...]. (BRASIL, 2023, p. 166).

Embora suscitem alguns questionamentos, as disposições contidas no inciso II, acima transcrito são claras. E, o atendimento integral deverá ser promovido, desde que haja "prejuízo dos serviços assistenciais". Dito com outras palavras, que não comprometa o funcionamento do Sistema Único de Saúde (WANG et al., 2014).

Questionando alguns pontos que gravitam em torno da judicialização da saúde no Brasil, Vilela; Moliterno e Santos (2018, p. 316) destacam que, em relação ao direito à saúde:

> [...] a integralidade não significa, em nenhum lugar do mundo, '*tudo para todos*'. Mas sim, a apresentação de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, cujo objetivo é concretizar a promoção, proteção e recuperação da saúde, compreendendo todos os níveis de atenção à saúde.

É importante reconhecer que nenhum Estado no mundo tem a capacidade de ofertar 'tudo para todos'. E, principalmente, quando o assunto saúde, que, em virtude de sua complexidade, os serviços ofertados oneram os cofres públicos de forma significativa.

Na opinião de Ferraz (2017, p. 13):

> A jurisprudência do 'direito a tudo' tem impacto negativo importante na equidade do sistema de saúde. Como não é possível, no mundo real, dar tudo a todos (em virtude do problema da sustentabilidade) o 'direito a tudo' só é sustentável (de modo precário, é claro) se for limitado a uma minoria de cidadãos. É exatamente o que ocorre no Brasil. Apesar da retórica da universalidade (um direito de

> todos), a verdade é que o "direito a tudo" só está disponível àqueles que têm acesso ao Judiciário [...].

Em matéria de saúde, o texto epigrafado revela, que uma pequena parcela da população tem 'direito a tudo', via a judicialização da saúde. Pequena parcela porque a condição socioeconômica do demandante, traduz-se ou não em melhor acesso ao Judiciário. Em outras palavras, o acesso ao Judiciário é mais fácil para aqueles que possuem um melhor nível socioeconômico.

Avaliando ainda as consequências da judicialização da saúde, Ferraz (2019, p. 15) ressalta que "a jurisprudência dominante, do 'direito a tudo', não contribui para a solução" dos problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde. Na realidade, tal jurisprudência amplia as desigualdades sociais e coloca em risco a "a segurança, a sustentabilidade e a equidade do sistema público de saúde".

Na opinião de Castro (2016, p. 88):

> [...] um provimento jurisdicional que ordene o atendimento público de determinada necessidade médica individual - fora do estabelecido pelas normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) ou à revelia das políticas públicas traçadas dentro das limitações orçamentárias do Poder Público - age em desfavor de toda a coletividade, pois atende a uma necessidade individual em detrimento do equilíbrio financeiro do sistema e subverte, portanto, os próprios direitos fundamentais que, a princípio, pretendeu garantir.

Logo, quando a judicialização da saúde que promove a jurisprudência do 'direito a tudo' é ruim para o sistema

público de saúde porque ela "ignora as listas, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas" (FERRAZ, 2019, p. 13), ignorando o fato de que a tudo se faz necessário a fixação de limites.

Assim, para salvaguardar os direitos coletivos, necessário se faz compreender que "em nenhum país do mundo há recursos suficientes para se oferecer a toda a população todos os tratamentos", aprovados pelos órgãos de controle a exemplo da Anvisa e das agências regulatórias pelo mundo afora. E, para a sua sustentabilidade, o SUS como "todo sistema de saúde precisa fazer escolhas sobre quais medicamentos e tratamentos vai ou não ofertar dentro das inúmeras possibilidades com seu orçamento necessariamente limitado" (FERRAZ, 2019, p. 13).

Resta, pois, ao Estado encontrar formas que sejam capazes de fazer com que o SUS possa melhor atender as demandas de seus usuários, reduzindo as demandas judiciais, ora tão frequentes. E, promova melhor a sua sustentabilidade (WANG et al., 2014).

Trata-se de algo difícil, mas possível. Para tanto, de acordo com Bucci (2017), o poder executivo pode colocar em prática algumas estratégias e assim, promover a redução da judicialização da saúde. Dentre essas estratégicas, destacam-se as seguintes:

i. Reversão pelo Judiciário do automatismo da concessão de liminares, considerando os elementos de cada caso;

ii. Revisão pelo Executivo da apresentação das políticas de assistência terapêutica a fim de que elas sejam mais inteligíveis;

iii. Aprimoramento da juricidade das políticas, com explicitação das responsabilidades, pelo Executivo e Legislativo;

iv. Regulamentação de protocolos de atendimento aos usuários no sistema de saúde pelo Executivo e Legislativo; e

v. Disseminação das listas do SUS e de seu caráter vinculante aos juízes pelo Executivo e Judiciário.

Contudo, outras estratégias podem ser levadas a cargo por parte do Poder Executivo. Entende-se que se fosse realizada uma "análise administrativa das demandas por medicamentos antes que elas sejam judicializadas", havia uma grande redução das demandas judiciais (VIEIRA, 2020, p. 42-43).

Considerações Finais

A judicialização da saúde é um tema que tem gerado bastante debates, inclusive, dividindo a sociedade, os profissionais da saúde e também os operadores do Direito. Entretanto, é prudente reconhecer que esse fenômeno não é fruto da geração, e sim, das necessidades da população.

Ao longo das últimas três décadas, que marcam a existência do Sistema Único de Saúde, vários fatores contribuíram para ampliar a judicialização da saúde. O subfinanciamento do SUS agrava a situação da saúde pública no Brasil e desencadear o surgimento de uma gama de fatores

que, de forma direta ou indireta, contribuem para ampliar o fenômeno da judicialização da saúde.

Enquanto fenômeno jurídico, a judicialização da saúde no Brasil revela que a população vem adquirindo uma melhor e maior consciência sobre o seu direito à saúde. E, de forma consciente vem, através do Judiciário, cobrando do poder executivo, em seus três esferas, as prestações de saúde que lhe foram negadas.

Contudo, em respeito aos princípios constitucionais, e na esperança de que sempre seja reconhecida a legitimidade dessas demandas, seria por demais responsável, que os demandantes não sobrecarregassem o Poder Judiciário com demandas que envolvam o pedido de acesso a serviços e tecnologias não previstos nas políticas do Sistema Único de Saúde. Pois, no cumprimento de sua finalidade, o Estado não existe para ofertar 'tudo a todos'.

Referências

BARCELLOS, A. P. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletivas e abstratas. In: SOUZA NETO, C. P.; SARMENTO, D. (coords.). **Direitos sociais**: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. 2a tiragem. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2010

BITTENCOURT, G. B. O '*estado da arte*' da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 102-121, 2016.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Altos Estudos, Pesquisas e Gestão da Informação, 2023.

BUCCI, M. P. D. Contribuição para a redução da judicialização da saúde: uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de direito e políticas públicas. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coords.). **Judicialização da saúde**: a visão do Poder Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017.

CASTRO, S. R. Impacto desalocativo no orçamento público estadual em face de decisões judiciais. **Fórum de Contratação e Gestão Pública**, v. 15, n. 169, p. 72-90, jan. 2016.

FERRAZ, O. L. M. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. **Revista Direito FGV**, v. 15, n. 3, p. 1-39, 2019.

MACHADO, M. V. **Direito à saúde no Brasil**: dos excessos verificados e da necessidade de estabelecimento de limites às prestações materiais do Estado. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Teoria do Estado e Direito Constitucional. Departamento de Direito da PUC-Rio. Rio de Janeiro: PUC, 2010.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde no Brasil - ACTBR**, n. 1, p. 1-21, 2011.

SILVA, L. S.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface**: Comunicação Saúde Educação, v. 16, n. 40, p. 249-59, jan.-mar., 2012.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

VIEIRA, F. S. **Direito à saúde no Brasil**: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça (Texto para discussão). Brasília: IPEA, 2020.

VILELA, L. M.; MOLITERNO, M. P.; SANTOS, A. O. Judicialização da saúde: um fenômeno a ser compreendido. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. **Coletânea direito à saúde dilemas do fenômeno da judicialização da saúde.** Brasília: CONASS, 2018. Vol. 2.

WANG, D. W. L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, 2014.

Gease